

Stellungnahme DGSP und SFR: „Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in Sachsen“

Im Mai 2019 antwortete das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) auf die Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE im Sächsischen Landtag zur „Psychosozialen Versorgung von Geflüchteten im Freistaat Sachsen“ (Drs. 6/17005). Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) und der Sächsische Flüchtlingsrat e.V. (SFR) nehmen in diesem Papier Stellung zu den Ergebnissen.

Zunächst: formale Kritik an der Antwort

Bevor sich inhaltlich mit der Großen Anfrage auseinandergesetzt wird, muss einschränkend hinzugefügt werden: von Ergebnissen kann in den Antworten häufig nicht gesprochen werden. Es mangelt an der Dokumentation von Bedarfen und diagnostischen Einschätzungen. Beispielhaft sei hier ein Auszug aus der Antwort auf Frage 3 der Drucksache zum Anteil beziehungsweise der Prävalenz traumatisierter Geflüchteter wiedergegeben:

„Der Staatsregierung liegen darüber hinaus keine weiteren Erkenntnisse vor. Im Rahmen der staatlichen Aufnahmeeinrichtungen sind diese Erkenntnisse in der Regel nicht unterbringungsrelevant und der Zentralen Ausländerbehörde insoweit schon nicht bekannt. Daher liegen belastbare Erkenntnisse dieser Art nicht flächendeckend, d. h. in irgendeiner Form repräsentativ, zur Erarbeitung einer belastbaren Auswertung vor und können unter anderem auch aufgrund der grundsätzlich gegebenen Schweigepflicht der Ärzte auch nicht nacherhoben werden.“

Es ist nicht nachvollziehbar, warum es bisher nicht gelungen ist, eine statistische Erfassung von Grunddaten zur Thematik zu beschaffen. Viele der in der Großen Anfrage vorliegenden Zahlen sind nicht belastbar und ermöglichen keinen Gesamtüberblick über die Sachverhalte. Die Häufigkeit, mit der Fragen nicht beantwortet wurden, weil vorgeblich auf keine statistische Erfassung zurückgegriffen werden konnte, legt ein systematisches Problem bei der Gesundheitsversorgung Geflüchteter offen. Die Pflicht zum Registrieren aller Krankheiten, auch psychischer, besteht. Es ist übliche Praxis, dass alle Diagnosen von Ärzt*innen erfasst werden. Die Schweigepflicht kann auch nicht dafür herhalten, dass derlei Zahlen nicht erfasst und veröffentlicht werden. Beispielhaft sei die Antwort auf Frage 30 der Großen Anfrage angeführt, in der die Zahl der Geflüchteten in der Regelversorgung abgefragt wurde. Das SMS antwortet hier, es sei „auch aufgrund der grundsätzlich gegebenen Schweigepflicht der Ärzte“ nicht möglich, dass diese Zahlen nacherhoben werden. Eine solche Aussage entbehrt der Logik. Ein quantitativer Datensatz lässt keine Rückschlüsse auf personenbezogene Daten zu, mit der Schweigepflicht hat dies nichts zu tun. Es ist nach Ansicht von DGSP und SFR komplett unverständlich, warum eine Dokumentation nicht allein schon deshalb erfolgte, um die Versorgungswege von Geflüchteten zu klären und so die notwendige und hinreichende Gesundheitsversorgung im Interesse aller Beteiligten zu gewährleisten. Für uns stellt sich die Frage, wer den Sicherstellungsauftrag der Versorgung für Geflüchtete trägt. In der Antwort auf die Große Anfrage wird dies gerade nicht klar – Verantwortung wird zwischen einzelnen Ministerien wie den Kommunen hin- und hergeschoben.

Eine der maßgeblichen **Forderungen** von DGSP und SFR ist es daher,

- die Prävalenz von Erkrankungen Geflüchteter, auch und insbesondere jener, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, zu erfassen und diese regelmäßig zu veröffentlichen.

- Zudem müssen staatliche Stellen in der Lage sein, die Auslastung der Regelstrukturen wie weiterer Angebote abseits der Regelversorgung valide angeben zu können.

I. Identifizierung der besonders schutzbedürftigen Personen und ihrer Bedarfe

Ungenügender Datensatz

Die Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen ist allein schon deshalb relevant, da sich aus der Bedürftigkeit Ansprüche im Asylverfahren erheben, welche das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gegebenenfalls berücksichtigen muss.

Nach unserem Kenntnisstand gab es nie ein systematisches Screening in den Aufnahmeeinrichtungen Sachsens. Dies ist umso folgenschwerer, als dass die Identifizierung kein Selbstzweck ist. Aus ihr müssen Rückschlüsse für die Versorgung der so identifizierten, besonders Schutzbedürftigen gezogen werden, nicht nur das Asylverfahren betreffend. Eine Identifizierung hat Folgen unter anderem für die Soziale Arbeit, die Form der Unterbringung, die medizinische Behandlung oder die psychologische Beratung und Therapie.

Es ist nicht möglich, einen Ist-Stand zu Dimension und Qualität der Identifizierung besonders Schutzbedürftiger wiederzugeben, da es weder in den Psychosozialen Zentren noch in den anderen Strukturen der Gesundheitsversorgung einheitliche Screeningmöglichkeiten gibt und keine Diagnosen nach ICD-10 erstellt werden. Eine Möglichkeit wäre es, auf die Zahlen der Internationalen Praxis in Dresden (zuvor Flüchtlingsambulanz) zurückzugreifen. Doch sind auch diese Zahlen zu den Diagnosen, gegliedert nach den sogenannten F-Nummern, die psychische Störungen und Erkrankungen erfassen, nicht realistisch, denn auch hier wird der Hauptteil der Behandlung von Hausärzt*innen getragen.

Hohe Nachfrage, lange Wartezeiten

Fakt ist: sowohl in der Erstversorgung als auch in der Weiterbehandlung entstehen lange Wartezeiten. Dies liegt unter anderem daran, dass die zuständigen Behörden, einschließlich der Gesundheitsämter, Leistungen zunächst genehmigen müssen. Ausgenommen der genehmigungsfreien Akutbehandlung dauert es häufig sehr lange, bis die Behörden eine Begutachtung zur Weiterbehandlung abgeschlossen haben. Auch Beratungsangebote wie das Psychosoziale Zentrum können den Bedarf nicht abdecken. Im Jahr 2018 konnte 31 Prozent der anfragenden Personen kein Beratungsgespräch angeboten werden, in Leipzig lag die Quote bei 43 Prozent bei einer Zahl von 84 Klient*innen in Dresden und 157 in Leipzig, die auf der Warteliste vermerkt waren. Die Wartezeit betrug an den Standorten laut SMS drei bis vier Monate (vgl. Fragen 11 und 12, 6/17005). Insofern können auch diese Angebote nicht herhalten, um bisher von einer systematischen Identifizierung besonders Schutzbedürftiger sprechen zu können.

Wir stellen fest, dass die bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung nicht ausreichend für geflüchtete Menschen sind, zumal nachweislich die Eingliederung auch mit der elektronischen Gesundheitskarte in der Regelstruktur bisher nicht gelang. Eine gute Diagnostik und Therapie scheitert in der Regel daran, dass die Kostenübernahme für die Sprachmittlung von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erfolgt, da dies im SGB II nicht vorgesehen ist. Beratung und Behandlung, die im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext unbedingt auf professionelle Sprachmittlung angewiesen sind, werden immer wieder unterbrochen.

Was bringt ein Screening in den Aufnahmeeinrichtungen?

Herausstreichen möchten wir die Ambivalenz, die der Forderung nach einem Screening unterliegt. Die Ambivalenz speist sich aus dem strukturellen, rechtlichen Problem der §§ 47 und 53 Asylgesetz oder auch § 12 Abs. 3 Sächsisches Flüchtlingsaufnahmegesetz, die den Fokus auf eine Unterbringung in Sammelunterkünften (Aufnahmeeinrichtungen des Landes bzw. kommunale Gemeinschaftsunterkünfte) legen anstelle auf die dezentrale Unterbringung. Das hat folgende Konsequenzen: bei psychischen Erkrankungen ist eine Identifizierung nach jetzigem Kenntnisstand erst nach mehreren Monaten möglich. Ein traumatisierter Mensch öffnet sich zudem erst in einer geschützten, ihm vertrauten und vertrauensfördernden Umgebung mit kontinuierlichem therapeutischen Kontakt. Dies sind Aufnahmeeinrichtungen als Sammelunterkünfte jedoch nicht. Chronifizierungen und neue Krankheitsbilder können die Folge sein.

Regelrecht entlarvend ist die Antwort auf Frage 104, die eigentlich auf die Sprachmittlung bei der Identifikation besonders Schutzbedürftiger, insbesondere von Opfern des Menschenhandels sowie Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt, abstellt. Die Antwort:

Der Prozess der Registrierung und der medizinischen Erstuntersuchung von Asylbewerbern verfolgt nicht primär das Ziel, die in der Fragestellung genannten Krankheitsbilder aufzudecken.

Auch bei der Frage zum Anteil bzw. zur Prävalenz traumatisierter Geflüchteter (Frage 3, Drs. 6/17005) schreibt das SMS, dass...

„Im Rahmen der staatlichen Aufnahmeeinrichtungen [...] diese Erkenntnisse in der Regel nicht unterbringungsrelevant und der Zentralen Ausländerbehörde insoweit schon nicht bekannt [sind].“

Wir stellen folgende Zuständigkeiten bei den Behörden fest, die nach geltender Rechtslage (Art. 21 und 22 der EU-Aufnahmerichtlinie) für die Verfahrensgarantie verantwortlich und verpflichtet sind, eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zu gewährleisten, unbeachtet von Argumenten der „Unterbringungsrelevanz“. Un der Aufnahmeeinrichtung ist dies die Landesdirektion bzw. Zentrale Ausländerbehörde, nach der kommunalen Verteilung ist die lokale Ausländerbehörde zuständig. Externe und multiprofessionelle Akteur*innen müssen hinzugezogen werden, da die behördliche Weigerungshaltung allein schon bei der Etablierung eines ordentlichen Screenings schließen lässt, dass die Umsetzung amateurhaft geschehen wird. DGSP und SFR empfehlen, dass die externen Akteur*innen in einem multiprofessionellen Gremium organisiert werden, welches Zutritt zu den Einrichtungen erhält. Die große Gefahr ist, dass nach nur unzureichendem, frühen Screening viele Störungen überhaupt nicht identifiziert werden. Das Dilemma entsteht, wenn sie, beispielsweise im Asylverfahren, später vorgetragen werden müssen.

Folgende **Forderungen** müssen dringend vor dem Hintergrund der Vereinbarungen des Koalitionsvertrags der sächsischen Landesverbände von CDU, Bündnis 90/ Die Grünen und SPD umgesetzt werden. Abseits von den humanitären Kosten entstehen anderenfalls auch finanzielle Einbußen für staatliche Stellen und das Gemeinwesen:

- Die Situation in den Aufnahmeeinrichtungen des Landes, der Abschiebehafteinrichtung wie in den kommunalen Formen der Unterbringung derart zu verändern, dass keine besonders schutzbedürftige Person die notwendige

Versorgung versagt bleibt. Dies bedeutet insbesondere, dass externe Gremien einbezogen werden. Die zuständigen Behörden sollen von diesen Gremien begleitet werden. Die Gremienmitglieder haben Zutritt zu Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften, um dort eine Kontrollfunktion auszuüben. Wir empfehlen weiterhin, Mobile Teams nach dem Vorbild des Landes Berlin einzurichten. Von den in jedem Bezirk tätigen Kontakt- und Beratungsstellen ausgehen die Fachkräfte aufsuchend auf die Bewohner*innen von Gemeinschaftsunterkünften und Aufnahmeeinrichtungen. Ziel ist es, sie an die Kontakt- und Beratungsstellen anzubinden und ihnen dort eine erste, psychosoziale Beratung zuteil werden zu lassen. Beeindruckend ist hierbei die Verzahnung der psychosozialen Beratung mit einer Suchtberatung (da Menschen im Sinne der Selbstmedikation beginnen können, Drogen zu konsumieren) wie einer Beratung zum Zuverdienst, verstanden als Vermittlung zu tagesstrukturierenden Maßnahmen, unter dem Dach einer Kontakt- und Beratungsstelle.

- Als Voraussetzung für eine adäquate Versorgung mit dem Ziel, weitere Chronifizierungen zu vermeiden, sehen wir die Unterbringung in geeigneten Wohnformen als unabdinglich an.
- Auch wenn die besondere Schutzbedürftigkeit später als nach der Entlassung aus der Aufnahmeeinrichtung identifiziert wird, ist die jeweils zuständige Kommune in Verbindung mit dem BAMF verpflichtet, auf die Bedarfe der besonders Schutzbedürftigen im Asylverfahren einzugehen, sofern dies noch läuft. Wir warnen vor Screenings, welche nur in einem zeitlich begrenzten Rahmen an einem bestimmten Ort wie dem der Aufnahmeeinrichtung stattfinden können.
- Über den ganzen Weg durch das Asylverfahren werden alle in der Versorgungskette tätigen Behörden verpflichtet, eine lückenlose Dokumentation der gesundheitlich relevanten Vorgänge zu gewährleisten und in diesem Sinne zusammenzuarbeiten.
- Insbesondere das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ist unverzüglich über jedwede neue Entwicklung beziehungsweise Erkenntnis über den Gesundheitszustand von Asylantragsteller*innen zu informieren. Die Beweislastpflicht zulasten der Schutzsuchenden wird in Sachsen umgedreht. Sobald Anhaltspunkte für eine besondere Schutzbedürftigkeit bei irgendeiner Behörde auftauchen, ist dem im Sinne der Ermittlungspflicht nachzugehen. Das Bescheiden des Asylantrags ist solange auszusetzen.
- Entsprechend der Dokumentation der Behörden sind die notwendigen Strukturen zu schaffen, die die Gesundheitsversorgung aller Schutzsuchenden sicherstellt und darüber hinaus eine lückenlose Identifizierung und Versorgung besonders Schutzbedürftiger gewährleistet. Die Versorgungswege für geflüchtete Menschen hätten schon 2015 geklärt sein müssen. Dafür hätte es aber ebenjener Dokumentation und Statistik bedurft! Wir befinden uns nun im sechsten Jahr nach 2015. Dass Dokumentation und Statistik immer noch nicht vorliegen, lässt schließen, dass eine notwendige und hinreichende Gesundheitsversorgung für Geflüchtete politisch nicht gewollt ist.

II. Aufbau und Versorgungsweise durch die bisherigen Regelstrukturen sowie der MedPoints, Psychosoziale Zentren, Flüchtlingsambulanzen und der Flüchtlingssozialarbeit

Spezifische Strukturen

Was seit dem Jahr 2015 an Strukturen der Gesundheitsversorgung abseits des Regelsystems entstand, geschah auf der Basis ehrenamtlichen und vernetzten Engagements. Dies zeigt sich noch heute. Nach den bundesweiten Erfahrungen braucht es spezifische Versorgungsstrukturen. In Sachsen sind diese noch nicht zur Genüge ausgebaut und

etabliert. Oftmals wird auf den föderalen Aufbau verwiesen, der einen unkomplizierten Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert. Dies wird besonders deutlich bei psychisch erkrankten Menschen, deren Versorgung oft aus verschiedenen Töpfen finanziert werden muss. Neben dem Asylbewerberleistungsgesetz ist es notwendig, analog zu etablierten Regelstrukturen auch hier Veränderungen zu treffen.

Die bisherigen, spezifischen Strukturen – die Psychosozialen Zentren oder die Internationalen Praxen – können die Bedarfe nicht abdecken, ungeachtet dessen, dass niemand weiß, welcher Dimension die Bedarfe sind, da sie nicht standardisiert erfasst und dokumentiert sind (s.o.). Das gilt sowohl für die personelle als auch für die inhaltliche Ausstattung. Es wird insbesondere nicht zwischen Beratung und Therapie beziehungsweise Behandlung differenziert.

Das bedeutet, dass in den veröffentlichten Zahlen in der Großen Anfrage fälschlicherweise der Eindruck entsteht, 1.761 psychologische Beratungsgespräche seien ein Erfolg (vgl. Frage 8), wenn bei Frage 13 angegeben wird, die Psychosozialen Zentren hätten nicht die Kompetenz, zu diagnostizieren. Hier schließt sich die Frage an, was dann das Screening der Psychosozialen Zentren darstellen soll und auf welcher Grundlage das Psychosoziale Zentrum Dresden die Grafik in Antwort auf Frage 2 erstellen konnte. Fakt ist - die Zentren diagnostizieren und können die Daten mittels händischer Auswertung präsentieren. Es ist nicht schlüssig, warum die Diagnosen nicht nach ICD-10 von den Psychosozialen Zentren digital erfasst werden dürfen.

Der Koalitionsvertrag von CDU, Bündnis 90/ Die Grünen verspricht hier Verbesserungen hinsichtlich der Flächendeckung. Eine Ausweitung des Angebots der Psychosozialen Zentren auf Behandlungsangebote, vor allem mit Blick auf Therapieangebote, ist derweil noch nicht in Sicht.

Regelstrukturen

Das Problem der mangelnden Dokumentation und statistischen Erfassung setzt sich in allen stationären Betreuungsstrukturen fort. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ kann nicht richtig umgesetzt werden. Wenn die ambulante Behandlung nicht ausreicht, liegt es auf der Hand, dass die Nachfrage nach stationärer Behandlung steigt. Es ist auch hier nicht zu verstehen, warum eine statistische Erfassung vor diesem Hintergrund ausbleibt. Die Antwort auf die Große Anfrage zeigt, dass auch hier die stationären Betreuungsstrukturen unzureichend auf die Versorgung von geflüchteten Menschen vorbereitet sind und den Behandlungsbedarf nicht abdecken können (vgl. Fragen 87ff, Drs. 6/17005). In einem zweiten Schritt bedeutet die mangelnde, ambulante Behandlung, dass der Zugang zu stationären Betreuungsstrukturen für geflüchtete Menschen verbaut ist. Drittens wird klar, dass bei einer mangelnden ambulanten wie stationären Betreuung Menschen durch das Raster der Gesundheitsversorgung zwangsläufig fallen müssen.

Forderungen:

- Ausreichende, auch stationäre Behandlungsmöglichkeiten müssen flächendeckend geschaffen werden.
- Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser und Kliniken müssen sich einigen und eine an dem Vorbild anderer Bundesländer, zum Beispiel Nordrhein-Westfalen, ausgerichtete ambulante und stationäre Behandlung spezifisch für Geflüchtete ermöglichen.

- Dazu gehört eine kultursensible muttersprachlich vermittelte Behandlung. Die faire Bezahlung für Sprachmittler*innen und deren Präsenz muss auch in Kliniken gewährleistet werden.

III. Sprachmittlung und Soziale Arbeit

Positiv hervorzuheben ist, dass es Ausbildungs- und Schulungsangebote gibt. Jedoch ist die Bezahlung der Sprachmittler*innen unterdurchschnittlich. Kontinuierliche Beratung und Behandlung ist durch die Ausgestaltung der Arbeitsverträge, insbesondere der zeitlichen Befristung, nicht möglich. Das hat zur Folge, dass es einen häufigen Wechsel in der Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen gibt. Dies wiederum führt zu einer Qualitätsverschlechterung in der inhaltlichen Arbeit.

Wenn eine Person im Asylverfahren durch das BAMF den Schutz nach Genfer Flüchtlingskonvention oder einen nachgeordneten Schutz zugesprochen bekommt, wird sie nach dem SGB-II krankenversichert. Nun kommt es zu einer paradoxen Entwicklung: die Person verliert plötzlich den Anspruch auf eine finanzierte Sprachmittlung. In einer laufenden Therapie ist ein dadurch bedingter, plötzlicher Abbruch katastrophal. In der Praxis schaffen sich die einzelnen Strukturen ihren eigenen Pool an Sprachmittler*innen. Das bedeutet ein Mehr an Unzuverlässigkeit, an schwankender Finanzierung sowie des Risikos der Sekundärtraumatisierung der oft nicht ausreichend geschulten, in ihrer Tätigkeit häufig nicht begleiteten Sprachmittler*innen.

Es muss für diejenigen, die in den spezifischen und den Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung arbeiten, transparent sein, wer der*die zuständige Sozialarbeiter*in ist. Eine suffiziente Sozialarbeit impliziert auch, dass die Fallzahlen pro Mitarbeiter*in reduziert werden – auf allen Ebenen. Heißt: in den Aufnahmeeinrichtungen wie in den Kommunen, gleich ob die Soziale Arbeit in einer Gemeinschaftsunterkunft oder für dezentral untergebrachte Menschen zuständig ist. Die bestehenden Strukturen der Sozialen Arbeit werden den komplexeren Fallkonstellationen nicht mehr gerecht. Darunter zu leiden haben insbesondere die, die die Soziale Arbeit von sich aus nicht erreichen können, sprich, die aufsuchende Unterstützung benötigen. Dass die Fallkonstellationen komplexer werden, ist dabei keine Überraschung. Höhere Hürden auf den Fluchtrouten, längere Aufenthaltsdauer in Sammelunterkünften, fehlende Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, ausbleibender Familiennachzug und das Fehlen tagesstrukturierender Maßnahmen führen zu chronifizierten und komplexen psychischen Störungen (vgl. hierzu die Ergebnisse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) in dessen Studie „Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan“).

Forderungen:

- Finanzierung eines sachsenweit abrufbaren Sprachmittler*innenpools
- Gewährleistung von kontinuierlicher Sprachmittlung insbesondere bei der Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit unabhängig vom Ort der Wohnsitznahme (Aufnahmeeinrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, dezentrale Unterbringung)
- Schließen der Finanzierungslücke bei der notwendigen Fortsetzung von Sprachmittlung beim Wechsel vom Asylbewerberleistungsgesetz ins SGB II

IV. Rechtliche Betreuung und Anwendung SächsPsychKG

Die Staatsregierung hält hierzu ebenso keine ausreichenden, die reale Situation abbildende Fallzahlen vor (vgl. Fragen 110ff, Drs. 6/17005). Hier wird darauf abgestellt, dass die

Kategorie „Geflüchtete“ nicht geführt werde. Auch dies muss als Mangel an Transparenz bzw. Unwillen, Recherche zu betreiben, verstanden werden. Wenigstens hätte die Anzahl der Menschen mit Asylbewerberleistungsgesetzbezug, für die das SächsPsychKG angewendet wurde, angegeben werden können. Dies ist – selbstverständlich - möglich. Die Notwendigkeit ergibt sich auch hier aus den Versorgungswegen, die transparent nachvollziehbar sein müssen, um eine wenigstens ausreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

In der schon heute beobachteten Praxis mangelt es an zügigen Antragsverfahren in begründeten Betreuungsfällen, den ermittelnden Tätigkeiten der Behörde und kompetenten Betreuer*innen.

Forderungen:

- Das Staatsministerium für Soziales muss seiner Pflicht nachkommen, die Beteiligten in den Betreuungsstrukturen, einschließlich der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, zu kontrollieren und entsprechende Versorgungsleistungen einzufordern.
- DGSP und SFR fordern, dass das SächsPsychKG für alle Personengruppen – auch für Geflüchtete – Anwendung findet! Gemäß SächsPsychKG darf es nicht mehr zu ambulanten Zwangsbehandlungen und nicht genehmigten, richterlichen, freiheitsentziehenden Maßnahmen kommen, wenn für die Betroffenen eine psychiatrische Diagnose gesichert ist. In Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention heißt es: „Gleiche Anerkennung vor dem Recht.“

V. Kompetenzen und Rechtsfolgen von Diagnosen und Gutachten

...bei Abschiebungen

Vollziehbar ausreisepflichtigen Personen, die zu einem hohen Anteil ehemalige Asylantragsteller*innen sind (auch hier ist eine Angabe nicht möglich, verantwortlich hierfür ist allerdings das Sächsische Staatsministerium des Inneren), müssen gesundheitliche Gründe, die einer Abschiebung entgegenstehen, selber beweisen. Das bedeutet, Ausländerbehörden sind von ihrer Ermittlungspflicht befreit. In der Praxis führt dies zu einer Vielzahl an Fällen aus den letzten vier Jahren, bei denen die körperliche Unversehrtheit von Menschen durch Abschiebung gefährdet wurde. Dies ist nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass eine Behörde ohne medizinischen Sachverstand entscheidet, ob eine ärztliche, qualifizierte Bescheinigung den Anspruch des ohnehin schon höchst repressiven § 60a Abs. 2c Satz 3 AufenthG erfüllt. Eine Koalition, die sich wenigstens das sogenannte „humane Abschieben“ auf die Fahne geschrieben hat, darf diesen Aspekt nicht außer Acht lassen. Auch deshalb nicht, weil es regelrecht rechtlich normierte Chuzpe ist, dass Geflüchtete verpflichtet sind, alle Diagnosen vorzutragen um daraus resultierende Rechte geltend zu machen, Staat und Kommunen diese jedoch nicht einmal umfassend erfassen.

...bei Anträgen auf Umverteilung

Das SMS antwortet auf Frage 58 der Drs. 6/17005, dass Diagnosen und Gutachten bei Umverteilungsanträgen berücksichtigt werden. Ein Abgleich mit der Praxis hält dem oft nicht stand. Der Tenor „Da kann ja jeder kommen...“ ist Beratungsstellen wie Ärzt*innen und medizinischem Fachpersonal bekannt. Es herrscht Willkür, da rechtliche Verbindlichkeiten nicht existieren, wann eine dezentrale Unterbringung ein Muss ist. Hier besteht Potential im Koalitionsvertrag, der die dezentrale Unterbringung in den Kommunen stärken will. Klar ist, dass eine solche Normierung unabhängig von Herkunftsland, Aufenthaltsstatus oder

sogenannter „Bleibeperspektive“ geschehen muss, wenn das Menschenrecht auf Gesundheit ernstgenommen wird.

Ein schwerwiegendes Problem tut sich auf, wenn entscheidende Behörden (Sozialämter, Ausländerbehörden) gesundheitliche Aspekte berücksichtigen müssen, jedoch die Akte des Gesundheitsamtes nicht vorliegen haben. In der entsprechenden Frage 60 der Drs. 6/17005 wird geantwortet, dass hierfür Pendelfragebögen genutzt werden. Maßgeblich sind in solchen Konstellationen, sofern deutsche Staatsbürger*innen betroffen sind, jedoch Hilfeplanberatungen. Es ist also davon auszugehen, dass ein geringerer Standard bei Geflüchteten angesetzt wird als bei deutschen Staatsbürger*innen, wenn mehrere Behörden in einem Verfahren involviert sind.

Forderungen:

- Die Beweislast bei qualifizierten, ärztlichen Bescheinigungen über gesundheitliche Gründe, die der Abschiebung entgegenstehen ist auf die Ausländerbehörden umzukehren. Ohne eine qualifizierte Bescheinigung, die die Reisefähigkeit explizit bestätigt, darf nicht abgeschoben werden. Wenn eine solche fachärztliche Bescheinigung heute vorliegt, ergibt sich daraus keine automatische Folge im Sinne des Rechtsschutzes vor Abschiebung. Es bedarf hier eines klaren Verfahrens, welches Behörden verpflichtet, derlei ärztliche Expertise nicht zu ignorieren. Wenn die Behörde die Abschiebung realisieren will, so muss sie vorliegende, fachärztliche Expertise widerlegen.
- Es bedarf einer rechtlichen Normierung, wann eine dezentrale Unterbringung erfolgen muss, unabhängig von oben genannten Merkmalen.
- Hilfeplanberatungen sind bei allen Entscheidungen mit mehreren involvierten Behörden der Standard, auf Pendelfragebögen wird verzichtet.

VI. Wer anfragt, der zahlt

Ein besonderes Ärgernis für Geflüchtete wie auch Ärzt*innen sind auf die Patient*innen oktroyierte Kosten für ärztliche Stellungnahmen und Gutachten, obwohl Sozialämter oder Ausländerbehörden sie in Auftrag gegeben haben. „Wer anfragt, der zahlt“ lautet der Grundsatz bei deutschen Staatsbürger*innen. Es ist nicht ersichtlich, warum Geflüchtete hier anderen Regeln unterworfen sein sollten.

Forderung:

- Für ärztliche Gutachten bzw. Stellungnahmen hat für den Fall, dass sie von einer Behörde angefragt werden, diese auch die Kosten zu tragen.

Dr. Ute Merkel,

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Mark Gärtner

Sächsischer Flüchtlingsrat e.V.